



**You have downloaded a document from
RE-BUŚ
repository of the University of Silesia in Katowice**

Title: Struktura roli zawodowej a syndrom wypalenia zawodowego lekarzy i pielęgniarek

Author: Patrycja Stawiarska, Ewa Wojtyna

Citation style: Stawiarska Patrycja, Wojtyna Ewa. (2011). Struktura roli zawodowej a syndrom wypalenia zawodowego lekarzy i pielęgniarek. W: M. Górnik-Durose, J. Mateusiak (red.), "Psychologia zdrowia : konteksty i pogranicza" (S. 255-273). Katowice : Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.



Uznanie autorstwa - Użycie niekomercyjne - Bez utworów zależnych Polska - Licencja ta zezwala na rozpowszechnianie, przedstawianie i wykonywanie utworu jedynie w celach niekomercyjnych oraz pod warunkiem zachowania go w oryginalnej postaci (nie tworzenia utworów zależnych).



UNIwersYTET ŚLĄSKI
W KATOWICACH



Biblioteka
Uniwersytetu Śląskiego



Ministerstwo Nauki
i Szkolnictwa Wyższego

Struktura roli zawodowej a syndrom wypalenia zawodowego lekarzy i pielęgniarek

Patrycja Stawiarska, Ewa Wojtyna

Uniwersytet Śląski
Instytut Psychologii

ABSTRACT: The article is devoted to a burnout effect among doctors and nurses. The aim of the research was to define the differences in the level of a burnout effect among doctors and nurses of different specialties taking into account different structures of a professional role. The research was composed of 309 people aged 24-74 (mean being 40.02 and standard deviation 9.46) working a minimum of 2 years in a medical profession. The group consisted of 70 nurses and 329 doctors belonging to 6 different subgroups differentiated according to the structure of a professional role 35 surgical nurses, 35 neurological nurses, 66 resident doctors, 76 specialists, 65 hospice doctors and 32 dentists. The study was cross-sectional in nature. In order to define the risk of a professional burnout, a Maslach Burnout Inventory (MBI) was used adapted by T. Pasikowski. On the basis of a statistical analysis it can be claimed that doctors are more burnt out than nurses within emotional exhaustion and depersonalization, however, in the case of personal achievements, the findings are not so clear-cut (a group of hospice doctors obtained much higher results than the remaining professional groups, whereas the remaining groups of doctors did not differ substantially from the group of nurses). The strongest symptoms of emotional exhaustion in the group under investigation were observed among specialists and residents and weakest among dentists. A worrying phenomenon is the fact that a group of strongly burnt out people constitute young residents (it concerns above all emotional exhaustion and depersonalization). An interesting finding is an observation that non-surgical (neurological) nurses revealed a higher level of a professional burnout in comparison to surgical ones. The results obtained show that the structure of a professional role plays an important part in forming a professional burnout whereas the factors which seem to easily determine the risk of burnout in a given group (e.g. a big emotional overload with work, like in hospice doctors) can be less dangerous in the light of other resources related to a given work.

KEY WORDS: structure of occupational role, burnout, nurses, physicians

Wstęp

Problematyka wypalenia zawodowego jest często poruszana w badaniach psychologicznych w Polsce i na świecie. Zjawisko to bada się w różnych kontekstach, a badaczy interesują uwarunkowania, mniej i bardziej odległe skutki wystąpienia syndromu, modele teoretyczne, w ramach których można próbować wyjaśniać wypalenie zawodowe, oraz zróżnicowane jego występowanie w poszczególnych grupach zawodowych.

Piśmiennictwo traktujące o wypaleniu zawodowym wśród lekarzy i pielęgniarek jest skromne (por. WILCZEK-RUŻYCZKA, 2008). Niewiele badań dotyczy związku pomiędzy specyficzną strukturą roli zawodowej a wypaleniem zawodowym¹. Należy zaznaczyć, iż w doniesieniach z badań bardzo często pielęgniarki i lekarze — interesująca nas grupa osób badanych — są traktowani łącznie. W mało widoczny sposób podkreśla się istotne różnice w strukturach ról zawodowych obu tych grup pracowników opieki zdrowotnej. Tymczasem struktura roli zawodowej lekarzy i pielęgniarek jest różna w kilku istotnych kwestiach, mogących mieć znaczenie dla powstawania syndromu wypalenia. Obie te grupy można jeszcze bardziej szczegółowo różnicować (np. lekarze specjaliści i lekarze rezydenci, pielęgniarki różnych specjalności) i odnosić do ryzyka wypalenia.

Rola zawodowa lekarza i pielęgniarki — specyfika i aspekty różnicujące

Pojęcie roli zawodowej związane jest bezpośrednio ze strukturą pracy w danej organizacji. Rola zawodowa obejmuje oczekiwania i zachowania związane z pozycją, jaką zajmuje dana osoba. Oczekiwania stanowią podstawę realizacji roli zawodowej. Zachowania wynikają bezpośrednio z oczekiwań (por. DIERDORFF, MORGESON, 2007; SANCHEZ, LEVINE, 2000). Oczekiwania stają się podstawą określonych zachowań przypisanych do danej roli zawodowej. Oba te czynniki modyfikowane są wieloma zmiennymi indywidualnymi i środowiskowymi, takimi jak osobowość, satysfakcja z pracy, stopień

¹ W literaturze przedmiotu najczęściej spotkać można analizę syndromu wypalenia zawodowego w kontekście jego uwarunkowań indywidualnych i środowiskowych. Zasadne jest pytanie: W której grupie zmiennych mieści się rola zawodowa? Wydaje się ona łączyć elementy indywidualne (np. cechy osobowości) oraz środowiskowe (np. określone normy regulujące sposób realizowania danej roli zawodowej).

decyzyjności, relacje z przełożonymi oraz współpracownikami, doświadczenie zawodowe (por. BATEMAN, CRANT, 1993; CONTE et al., 2005; MORGESON, DELANEY-KLINGER, HEMINGWAY, 2005). Pojęcie roli zawodowej opisane zostało w literaturze przedmiotu. Zwracano uwagę na różne aspekty, najczęściej zachowania związane z wypełnianiem roli bądź cechy czy też atrybuty konstytuujące daną rolę. Te pierwsze są obserwowalne i przekładają się na opis danej roli zawodowej (HARVEY, WILSON, 2000), te drugie — raczej wskazują na zmienne warunkujące adekwatne wypełnianie roli i odnoszą się do czynników psychologicznych niezbędnych do realizacji roli w danym zawodzie (MORGESON et al., 2004). Można zatem wnioskować, iż zachowania związane z rolą stają się wypadkową zmiennych indywidualnych oraz czynników sytuacyjnych w danym zawodzie (por. NEFF, 1987).

Rolę zawodową lekarza i pielęgniarki wyznaczają określone wzorce i normy, a sposób jej wykonywania wynika z wielu czynników indywidualnych i środowiskowych. Są to przede wszystkim oczekiwania społeczne, ale także cechy indywidualne jednostki, wzorce osobowe, struktura grupy, identyfikacja z zawodem (por. TOBIASZ-ADAMCZYK, BAJKA, MARMON, 1996; WILCZEK-RUŻYCZKA, 2008). Jakość wypełniania tej roli w dużej mierze uzależniona jest od: stopnia obciążenia pracą, poczucia kontroli i możliwości wyboru, doświadczenia uznania i właściwego systemu nagradzania, poczucia łączności z kręgiem zawodowym, systemu wartości związanego z miejscem pracy, wartości, jaką nadaje się pracy, oraz poczucia jej sensowności (por. BARTKOWIAK, 2009; LEITER, MASLACH, 2001). Rola zawodowa pracownika służby zdrowia odzwierciedla się w oczekiwaniach, prawach i obowiązkach, pozycji społecznej oraz zachowaniu jednostki.

W kontekście niniejszych rozważań wiele cech wspólnych wydaje się łączyć zawód lekarza z zawodem pielęgniarki. I w wielu kwestiach faktycznie tak jest, co potwierdza literatura przedmiotu, traktując grupę lekarzy i pielęgniarek jako jedną grupę osób badanych, szczególnie narażoną na wypalenie zawodowe z uwagi na specyfikę pracy i relacji z pacjentem (por. ANCZEWSKA, 2006; WILCZEK-RUŻYCZKA, 2008).

Jednak rola zawodowa lekarza i pielęgniarki, a także role wyznaczone określoną specjalizacją (np. klinicysta, dentysta czy lekarz hospicyjny) oraz stopniem zaawansowania w rozwoju zawodowym (lekarz rezydent, lekarz specjalista) — pomimo pozornego podobieństwa — w kilku istotnych aspektach różnią się. Za czynniki mające szczególne znaczenie można uznać zróżnicowany stopień decyzyjności oraz sprawowania kontroli, a także konfliktowość i ambiwalencję roli, są one bowiem bezpośrednio związane z poczuciem jakości wykonywanej pracy i satysfakcji z niej, a co za tym idzie — z mniejszym lub większym ryzykiem wystąpienia wypalenia zawodowego.

Rola zawodowa lekarza i pielęgniarki opiera się na określonych oczekiwaniach, prawach i obowiązkach, określonej pozycji społecznej oraz zacho-

waniach wynikających z obu tych czynników. W takim rozumieniu role te są w dużej mierze podobne (np. oczekiwania dotyczą relacji z pacjentem i grupą zawodową; zachowania obejmują czynności profilaktyczne oraz pomoc pacjentowi itp.), jednak pod innymi względami role te różnią się (por. ANCZEWSKA, 2006; WILCZEK-RUŻYCZKA, 2008).

Oczekiwania społeczne wobec lekarza dotyczą przede wszystkim umiejętności rozpoznania danego schorzenia, trafnego diagnozowania, skutecznego leczenia i działań profilaktycznych. Natomiast wobec pielęgniarki oczekiwania te obejmują umiejętności pielęgnowania, kształtowania umiejętności samoopiekuńczych, realizowania funkcji opiekuńczej i wychowawczej, profilaktycznej, a wszystko to opiera się na bardzo bliskim kontakcie z pacjentem, który często wykracza poza sferę medyczną (por. GARMAN, LEACH, SPECTOR, 2006).

Najważniejsze obowiązki lekarza sprowadzają się do wykorzystania umiejętności leczenia choroby i podejmowania samodzielnych decyzji dotyczących procesu leczenia, natomiast do najważniejszych obowiązków pielęgniarki należą: wykorzystanie umiejętności pielęgnacji, podejmowanie niezależnych decyzji, a także — podobnie jak w przypadku lekarzy — prowadzenie dokumentacji, obsługiwanie sprzętu, zbieranie wywiadów, wykonywanie zabiegów. Warto zwrócić uwagę, iż mimo przypisywania pielęgniarkom dużego stopnia niezależności w podejmowaniu decyzji (por. WILCZEK-RUŻYCZKA, 2008), pozostają one w relacji podporządkowania wobec lekarzy, stąd faktyczny stopień ich decyzyjności, a tym samym poczucie kontroli wydają się dużo mniejsze (por. GARMAN, LEACH, SPECTOR, 2006; JACKSON, SCHULER, 1983).

Zasadnicza różnica pomiędzy rolą zawodową pielęgniarki i lekarza dotyczy statusu zawodowego. Prestiż wykonywanego zawodu w przypadku lekarzy jest oczywisty, natomiast pielęgniarki często spotykają się z brakiem uznania dla wysiłku, jaki wkładają w pracę. Problemy dotyczą również regulacji prawnej określającej status zawodu pielęgniarki. Rola pielęgniarki raczej utożsamiana jest z rolą kobiecą (por. MULDOON, REILLY, 2003) — około 91% pielęgniarek to właśnie kobiety (BUERHAUS, STAIGER, AUERBACH, 2004). Zmienna płci nie ma tak istotnego znaczenia w przypadku zawodu lekarza.

Kolejnym istotnym aspektem jest zróżnicowanie specjalizacyjne w obu analizowanych grupach. Wśród lekarzy można wyodrębnić grupy lekarzy w trakcie specjalizacji (czyli tzw. rezydentów²) oraz lekarzy specjalistów, co przekłada się przede wszystkim na stopień decyzyjności i kontroli sytuacji, a także na stawiane wymagania i wynikające z nich obowiązki. Z kolei

² W literaturze przedmiotu bardzo nieliczne opracowania i badania dotyczą lekarzy rezydentów (por. THOMAS, 2004). Stąd tak cenne w prezentowanych badaniach wydaje się uwzględnienie — oprócz lekarzy specjalistów — grupy lekarzy w trakcie specjalizacji (często o krótkim stażu pracy).

w grupie lekarzy specjalistów można analizować poszczególne podgrupy z uwagi na specyfikę pracy z pacjentem³. Wśród pielęgniarek zwykle wyróżnia się grupy pielęgniarek zabiegowych i pielęgniarek niezabiegowych. Pielęgniarki zabiegowe są bardziej narażone — jak się wydaje — na negatywne skutki pracy zawodowej typu wypalenie zawodowe z uwagi na rutynę wykonywanej pracy, monotonię i brak perspektyw rozwojowych (por. WILCZEK-RUŻYCZKA, 2008). Wyodrębnia się jednak obszary pracy pielęgniarek, w których wymagania, obowiązki i adaptacja do roli zawodowej wydają się szczególnie obciążające, jak np. w przypadku pielęgniarek onkologicznych — wówczas ryzyko wystąpienia negatywnych skutków stresu zawodowego jest znacznie większe z uwagi na występowanie specyficznych stresorów, takich jak kontakt ze śmiercią i umieraniem czy bliskie relacje emocjonalne z pacjentem i jego rodziną (por. BEISERT, 2004; FLORIO, DONNELLY, ZEYON, 1998).

Wypalenie zawodowe

Wypalenie zawodowe — w ostatnich latach szeroko badane w psychologii — zostało już dobrze opisane od strony teoretycznej (por. ANCZEWSKA, 2006; BARTKOWIAK, 2009; LITZKE, SCHUH, 2007; MASLACH, SCHAUFELI, LEITER, 2001; SĘK, red., 2004). Wypalenie zawodowe definiowane jest jako psychologiczny zespół wyczerpania emocjonalnego, depersonalizacji oraz obniżonego poczucia dokonań osobistych, który może wystąpić u osób pracujących z innymi ludźmi w pewien określony sposób (MASLACH, 2004; MASLACH, SCHAUFELI, LEITER, 2001). Wyczerpanie emocjonalne oznacza poczucie nadmiernego obciążenia oraz znaczącego uszczuplenia własnych emocjonalnych i fizycznych zasobów. Najsilniej związane jest z występującymi w pracy stresorami, takimi jak przepracowanie, brak wsparcia społecznego czy trudności w wypełnianiu roli zawodowej (VAN DIERENDONCK, SCHAUFELI, SIXMA, 2004).

Depersonalizacja (inaczej cynizm) dotyczy negatywnego, bezdusznego albo nadmiernie obojętnego stosunku do różnych aspektów pracy. Polega na

³ Stosunkowo niewiele badań dotyczy porównania lekarzy różnych specjalności w kontekście różnic w realizowaniu danej roli oraz skutków z tych różnic wynikających (np. zagrożenia ryzykiem wypalenia zawodowego). Lekarze najczęściej traktowani są jako jedna grupa zawodowa, narażona w sposób szczególny na wypalenie zawodowe. Jeżeli już przeprowadzane były badania ukierunkowane na konkretne specjalizacje lekarskie, to obejmowały one zwykle grupy bardzo charakterystyczne, np. lekarzy psychiatrów (por. ANCZEWSKA, 2006; BEISERT, 2004).

stwarzaniu zbyt dużego dystansu pomiędzy lekarzem a pacjentem, np. wskutek aktywnego ignorowania takich wartości, jak potrzeba traktowania chorego w sposób wyjątkowy i uprzejmy. Jest to rodzaj mechanizmu obronnego, zabezpieczającego lekarza przed poczuciem straty i niekorzystnej dla niego dysproporcji pomiędzy włożonym wysiłkiem a rzeczywistymi osiągnięciami. Tymczasem to właśnie negatywna i zdystansowana postawa wobec pacjenta często wzmacnia odczuwane przez lekarza poczucie bycia wykorzystywanym czy nękanym wzmacniane wskutek wzrostu roszczeniowych zachowań pacjentów (VAN DIERENDONCK, SCHAUFELI, SIXMA, 2004).

Obniżone poczucie dokonań osobistych odnosi się do poczucia braku kompetencji oraz spadku osiągnięć i produktywności w pracy. Próba kompensacji tego stanu prowadzi do podniesienia własnych wymagań, zwiększenia wymiaru czasu pracy i wkładanego w nią wysiłku. Przynosi to chwilową poprawę osiągnięć, ale przyczynia się zarazem do spadku wydolności i przepracowania, co z kolei wiąże się z większym prawdopodobieństwem popełniania w przyszłości błędów lub zaniedbań w pracy. Efektem odległym tego typu zachowań jest dalsze pogarszanie się samooceny i wzmacnianie objawów wypalenia zawodowego.

Wypalenie zawodowe powoduje pogorszenie się stanu psychicznego, wpływa na obniżenie umiejętności skutecznego radzenia sobie ze stresem oraz prowadzi do szeregu negatywnych zachowań, takich jak absencja czy chęć porzucenia pracy lub jej zmiany. Wskutek wypalenia zmniejsza się efektywność i produktywność tych, którzy decydują się na kontynuowanie pracy zawodowej. W przypadku lekarzy i pielęgniarek zjawisko to wydaje się szczególnie niebezpieczne ze względu na zagrożenia dla pacjenta.

Wypalenie zawodowe wśród lekarzy i pielęgniarek. Lekarze i pielęgniarki są szczególnie narażeni na ryzyko wypalenia zawodowego. W konsekwencji postawionego wcześniej założenia, że rola zawodowa lekarzy i pielęgniarek, mimo iż w wielu kwestiach podobna, jednak znacznie się różni, warto zastanowić się nad różnicami związanymi z występowaniem syndromu wypalenia zawodowego w obu tych grupach. Czynniki, takie jak: wymagania związane ze specyfiką zawodu (zmianowość pracy, bliski kontakt fizyczny z chorymi itp.), obciążenia psychiczne (odpowiedzialność, świadomość skutków własnych błędów itp.), brak adekwatnych warunków do leczenia czy konieczność pozostawania w bliskiej relacji z drugim człowiekiem, mają — w obu tych grupach — związek z ryzykiem wystąpienia wypalenia zawodowego. Wydaje się jednak, że w przypadku lekarzy kluczową rolę w powstawaniu tegoż zjawiska odgrywa konfliktowa i nierówna relacja lekarz—pacjent. Wskazywano także na istotny związek liczby kontaktów z pacjentami z syndromem wypalenia (por. VAN DIERENDONCK, SCHAUFELI, SIXMA, 2004; WILCZEK-RUŻYCZKA, 2008; WOJTYNA, STAWIARSKA,

2009). Lekarze często doświadczają tzw. konfliktowości roli zawodowej, czyli niezgodności tej roli z innymi funkcjami wynikającymi z uwarunkowań życiowych (por. TOBIASZ-ADAMCZYK, BAJKA, MARMON, 1996). W przypadku pielęgniarek o wypaleniu zawodowym decyduje kilka szczególnie obciążających elementów pracy: niskie zarobki, niski status zawodowy, brak uznania dla wykonywanej pracy, zła współpraca zespołu leczącego (hierarchia zawodowa), brak możliwości awansu (por. ANCZEWSKA, 2006; BEISERT, 2004).

Wyniki pozwalające na porównanie lekarzy i pielęgniarek pod względem syndromu wypalenia zawodowego nie są jednoznaczne. Badania przeprowadzone w Holandii (SCHAUFELI, VAN DIERENDONCK, 1993) na dużej próbie badawczej (667 pielęgniarek i 567 lekarzy) wykazały, iż pielęgniarki w mniejszym stopniu — w porównaniu z lekarzami — czuły się wypalone. Podobne zależności odnotowano także w innych badaniach (por. VAN DIERENDONCK, SCHAUFELI, SIXMA, 2004). Ewa WILCZEK-RUŻYCZKA (2008) wykazała, iż wśród polskich badanych jedynie w zakresie depersonalizacji lekarze byli bardziej wypaleni od pielęgniarek. Pozostałe wyniki jej badań świadczą natomiast o istotnym związku — występującym w obu grupach zawodowych: i lekarzy, i pielęgniarek — wypalenia zawodowego z przynależnością do specjalizacji; jedynie lekarze podstawowej opieki zdrowotnej byli w każdym wymiarze w większym stopniu wypaleni niż pielęgniarki o tej samej specjalności. Żadne z tych badań nie odnosiło się w sposób jednoznaczny do różnicowania roli zawodowej.

Przeprowadzone badania

Cel badań. Przeprowadzone przez nas badania miały na celu określenie różnic w poziomie wypalenia zawodowego pomiędzy grupami lekarzy i pielęgniarek różnych specjalności z uwzględnieniem zróżnicowania struktury roli zawodowej.

Materiał i metody. Aby osiągnąć wyznaczony cel badań, wyróżniono sześć grup w obrębie zawodów medycznych różniących się między sobą strukturą roli zawodowej:

- **Pielęgniarki chirurgiczne** ($N = 35$). Grupę tę charakteryzuje: wysokie podporządkowanie decyzjom lekarzy, niska kontrola wykonywania obowiązków (postępowanie według z góry ustalonych algorytmów), częsta konieczność pośpiechu. Nierzadkim zjawiskiem w tej grupie pielęgniarek jest utrudniony swobodny kontakt z chirurgiem (mniejsza dyspozycyjność lekarza, związana ze specyfiką pracy na bloku operacyjnym).

- **Pielęgniarki neurologiczne** ($N = 35$). Pielęgniarki z tej grupy mają większą kontrolę wykonywania swoich obowiązków i organizowania swojego czasu pracy. Są podporządkowane decyzjom lekarskim, ale jednocześnie mają przestrzeń dla własnej inicjatywy w podejściu do opieki nad pacjentem. Obserwacje pielęgniarskie są cennym elementem uwzględnianym w decyzjach o dalszym postępowaniu medycznym.
- **Lekarze rezydenci** ($N = 66$). Ta grupa obejmuje lekarzy w trakcie specjalizacji — zazwyczaj są to osoby o krótkim stażu pracy, a tym samym mniejszym doświadczeniu zawodowym. Lekarze rezydenci mają swoich kierowników specjalizacji, którzy sprawują nadzór merytoryczny nad ich pracą. Jednocześnie od rezydentów wymaga się pełnej decyzyjności i samodzielności w czasie dyżurów, przy często ograniczonym dostępie do konsultacji z lekarzem specjalistą.
- **Lekarze specjaliści** ($N = 76$). Tę grupę lekarzy charakteryzuje wysoka odpowiedzialność i samodzielność podejmowania decyzji zawodowych. Lekarzom specjalistom stawia się wysokie wymagania, jednocześnie jednak są oni narażeni — w największym stopniu — na bariery systemowe, ograniczające swobodę wykonywania zawodu (bariery finansowe, sprzętowe, organizacyjne).
- **Lekarze hospicyjni** ($N = 65$). Ta grupa lekarzy — chociaż pracująca w szczególnie obciążających emocjonalnie warunkach (bliski kontakt z chorym i jego rodziną, konfrontacja ze śmiercią pacjentów i przeżywanie żałoby) — charakteryzuje się, niezależnie od zaawansowania zawodowego (lekarze bez lub z inną specjalizacją, rezydenci czy specjaliści medycyny paliatywnej), dużą kontrolą wykonywania swoich obowiązków i możliwościami uzyskania wsparcia zawodowego w zespole hospicyjnym. Lekarze ci najczęściej pracują nie tylko w hospicjum, ale także w innych placówkach medycznych. Praca w hospicjum jest często pracą wolontaryjną lub wiąże się z niską gratyfikacją finansową.
- **Dentyści** ($N = 32$). Ta grupa lekarzy charakteryzuje się bardzo wysoką kontrolą wykonywania swojej pracy, specyficzną relacją lekarz—pacjent (ograniczenie możliwości swobodnej komunikacji w trakcie wykonywania zabiegów; częstsze korzystanie przez pacjentów z sektora prywatnej, czyli odpłatnej, opieki dentystycznej), wysoką gratyfikacją finansową oraz możliwością uzyskania bezpośredniej satysfakcji zawodowej ze względu na szybko zauważalne efekty swojej pracy. Ze względu na indywidualną praktykę zawodową dentyści doświadczają znacznie mniej wsparcia zawodowego niż inne grupy lekarzy.

Przeprowadzone przez nas badania miały charakter przekrojowy. Do określenia ryzyka wypalenia zawodowego w każdej z grup zastosowano kwestionariusz *Maslach Burnout Inventory* (MBI) w adaptacji Tomasza Pasikowskiego (MASLACH, JACKSON, LEITER, 1996; PASIKOWSKI, 2004). Kwestionariusz

ten — składający się z 22 pozycji ocenianych na 7-punktowej skali — pozwala określić ryzyko wypalenia zawodowego w zakresie wyczerpania emocjonalnego, depersonalizacji oraz poczucia dokonań osobistych. W pierwszych dwóch wymiarach wysoki wynik oznacza wyższe ryzyko wypalenia zawodowego. Z kolei im wyższy jest wynik w zakresie poczucia dokonań osobistych, tym lepsze okazuje się funkcjonowanie pracownika i tym niższe staje się ryzyko wypalenia. Uzyskane w badaniach własnych współczynniki rzetelności α -Cronbacha wyróżnionych w kwestionariuszu skal zawierają się w przedziale 0,71—0,85.

Wyniki badań

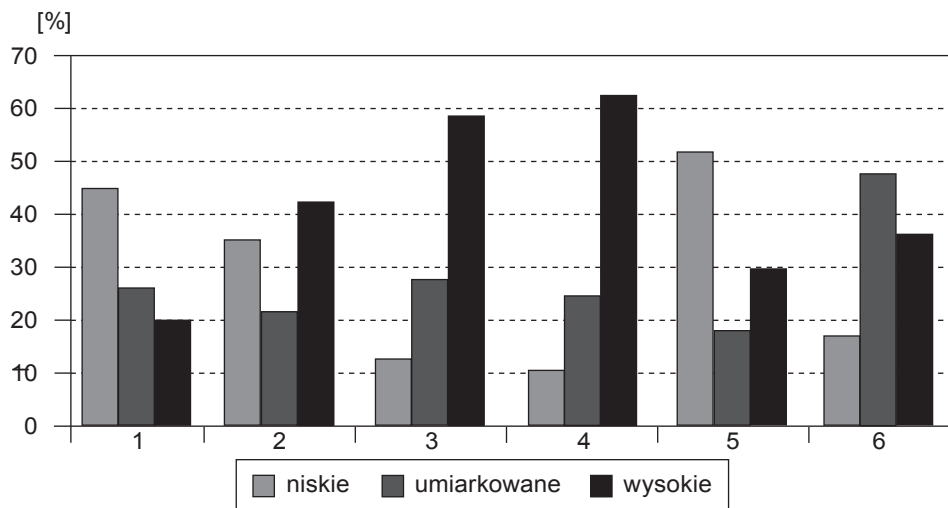
W badaniu wzięło udział 309 osób w wieku od 24 do 74 lat ($M = 40,02$; $SD = 9,46$), pracujących minimum 2 lata w zawodzie medycznym. W grupie tej znalazło się 70 pielęgniarek oraz 239 lekarzy, należących do różnych podgrup wydzielonych ze względu na strukturę roli zawodowej. Szczegółową charakterystykę grupy i poszczególnych podgrup pod względem wieku, długości stażu pracy, średniej liczby godzin pracy w tygodniu oraz średniej liczby pacjentów pozostających jednocześnie pod opieką danego pracownika przedstawiono w tabeli 1.

TABELA 1. Charakterystyka grupy badanej ($N = 309$) pod względem wieku, stażu pracy oraz średniej liczby godzin pracy w tygodniu i średniej liczby pacjentów pozostających pod opieką danego pracownika [M (SD)]

Grupa	<i>N</i>	Wiek	Staż pracy	Liczba godzin pracy w tygodniu	Liczba pacjentów pod opieką w ciągu dnia pracy
Pielęgniarki — łącznie	70	41,11 (7,46)	19,51 (8,93)	43,65 (6,17)	26,48 (9,65)
Pielęgniarki chirurgiczne	35	41,68 (5,13)	20,32 (6,63)	43,39 (7,57)	24,26 (8,89)
Pielęgniarki neurologiczne	35	40,56 (9,24)	18,72 (10,76)	43,91 (4,52)	28,63 (10,00)
Lekarze — łącznie	239	39,55 (10,17)	13,75 (10,83)	51,81 (5,12)	22,19 (11,24)
Lekarze rezydenci	66	31,41 (4,29)	5,43 (4,38)	56,22 (4,31)	21,19 (10,09)
Lekarze specjaliści	76	43,65 (8,46)	18,25 (9,14)	52,68 (5,83)	27,10 (13,19)
Lekarze hospicyjni	65	43,11 (11,11)	17,15 (12,10)	49,11 (4,12)	22,77 (11,46)
Dentyści	32	38,18 (8,41)	13,24 (7,98)	46,12 (6,64)	16,12 (6,46)
Ogółem	309	40,02 (9,46)	15,85 (10,65)	49,96 (5,98)	23,81 (10,83)

Podgrupy pielęgniarek oraz lekarzy specjalistów, lekarzy hospicyjnych i dentyстів były homogeniczne pod względem wieku oraz długości stażu pracy. Wśród lekarzy istotnie młodsi ($F = 9,54$; $p < 0,001$) i krócej pracujący ($F = 12,73$; $p < 0,001$) byli lekarze w trakcie specjalizacji (rezydenci). Pod względem liczby godzin pracy pielęgniarki pracowały krócej ($M = 43,65$ h) niż lekarze ($F = 7,89$; $p < 0,01$), a najwięcej pracowali rezydenci — średnio 56,22 godziny w tygodniu. Dentyści w jednym dniu pracy zajmowali się mniejszą liczbą pacjentów ($M = 16,12$) niż pozostali lekarze i pielęgniarki ($F = 4,61$; $p < 0,01$).

Uzyskane wyniki wskazują na bardzo wysoki odsetek lekarzy i pielęgniarek wykazujących co najmniej średnie wyniki w zakresie wyczerpania emocjonalnego (rys. 1.). Granice przedziałów poziomu wypalenia utworzono poprzez dodanie do wartości średniej połowy odchylenia standardowego. Uzyskano dzięki temu podział na wyniki niskie, średnie i wysokie.



RYSUNEK 1. Wyczerpanie emocjonalne w grupach zawodowych pielęgniarek i lekarzy

1 — pielęgniarki chirurgiczne; 2 — pielęgniarki neurologiczne; 3 — lekarze rezydenci; 4 — lekarze specjaliści; 5 — dentyści; 6 — lekarze hospicyjni

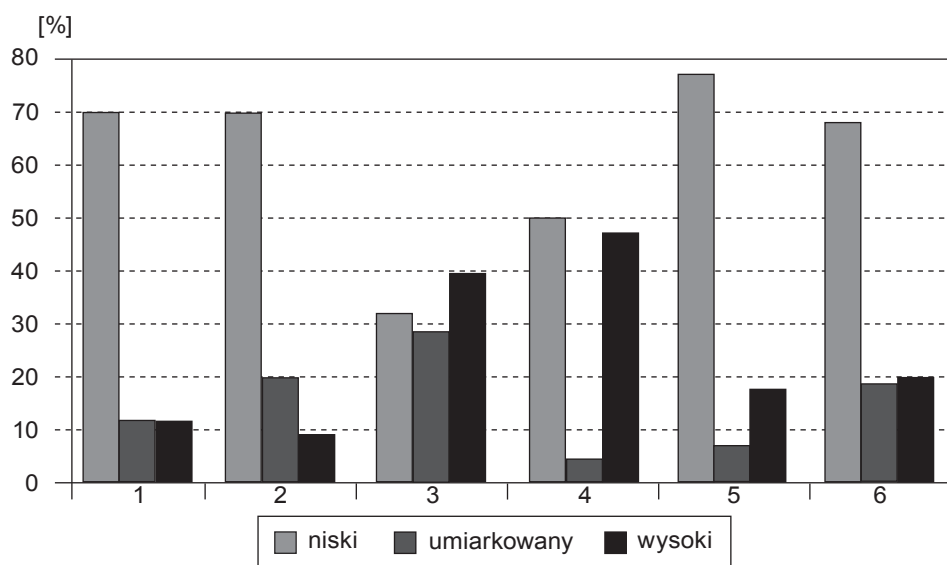
Nasilone objawy wyczerpania emocjonalnego najczęściej występowały u lekarzy specjalistów (62,5%) i rezydentów (58,3%), natomiast najmniejsze ryzyko wypalenia zawodowego w tym wymiarze zaobserwowano u dentyстів (58% dentyстів wykazało brak lub niski poziom wyczerpania) oraz u pielęgniarek zatrudnionych w oddziałach zabiegowych (45,7% pielęgniarek z niskim poziomem wyczerpania emocjonalnego). Pielęgniarki neurologiczne były wyczerpane emocjonalnie częściej niż pielęgniarki chirurgiczne, natomiast rzadziej niż lekarze.

W celu wykazania różnic w nasileniu wypalenia zawodowego w jego poszczególnych wymiarach zastosowano jednoczynnikową analizę wariancji. W tabeli 2. przedstawiono szczegółowe porównania poszczególnych grup pielęgniarek i lekarzy w zakresie średnich wartości wyczerpania zawodowego.

TABELA 2. Porównanie średnich nasilenia wyczerpania emocjonalnego w zróżnicowanych pod względem roli zawodowej grupach pielęgniarek i lekarzy

Grupa	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	Porównanie par
Pielęgniarki chirurgiczne (PCh)	22,23	13,95	2,33	< 0,05	Sp = R > PCh = D Sp > H = PN = PCh R = H = PN > D
Pielęgniarki neurologiczne (PN)	24,17	14,01			
Pielęgniarki — łącznie (P)	23,20	13,91			
Lekarze rezydenci (R)	29,03	11,55			
Lekarze specjaliści (Sp)	30,58	10,86			
Lekarze hospicyjni (H)	25,51	10,94			
Lekarze — łącznie (L)	27,50	11,22			
Dentyści (D)	21,41	14,43			

Różnice istotne między średnimi dla $p < 0,05$; dla porównań par: > jest większe; = jest równe



RYSUNEK 2. Poziom depersonalizacji w grupach zawodowych pielęgniarek i lekarzy

1 — pielęgniarki chirurgiczne; 2 — pielęgniarki neurologiczne; 3 — lekarze rezydenci; 4 — lekarze specjaliści; 5 — dentyści; 6 — lekarze hospicyjni

Analiza kontrastów Helmerta potwierdziła, iż najbardziej wyczerpani emocjonalnie są lekarze specjaliści i rezydenci. Różnice jedynie pomiędzy

rezydentami, lekarzami hospicyjnymi oraz pielęgniarzami neurologicznymi nie osiągnęły statystycznej istotności.

W wymiarze depersonalizacji największy odsetek osób o wysokim poziomie wypalenia wykazały grupy lekarzy specjalistów (45,8%) i rezydentów (38,9%). W najmniejszym stopniu depersonalizacja dotyczyła pielęgniarzek — niezależnie od miejsca zatrudnienia, a spośród lekarzy — dentyków. Lekarze hospicyjni również wykazywali znacząco rzadziej objawy wypalenia w wymiarze depersonalizacji niż lekarze specjaliści i rezydenci (rys. 2.).

W tabeli 3. przedstawiono szczegółowe porównania grup pielęgniarzek i lekarzy w wymiarze depersonalizacji.

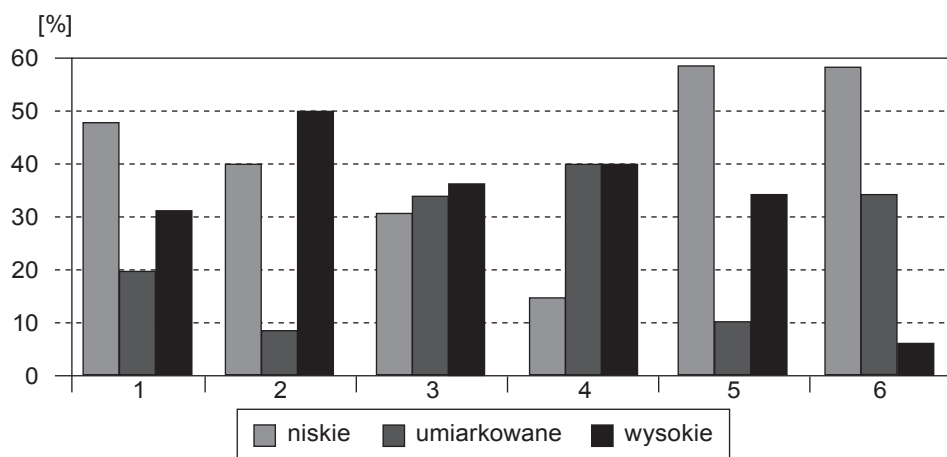
TABELA 3. Porównanie średnich nasilenia depersonalizacji w zróżnicowanych pod względem roli zawodowej grupach pielęgniarzek i lekarzy

Grupa	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	Porównanie par
Pielęgniarki chirurgiczne (PCh)	6,22	5,89	5,65	< 0,001	R = Sp > H = D = PN = PCh
Pielęgniarki neurologiczne (PN)	6,23	5,74			
Pielęgniarki — łącznie (P)	6,23	5,77			
Lekarze rezydenci (R)	11,97	7,39			
Lekarze specjaliści (Sp)	11,08	8,13			
Lekarze hospicyjni (H)	7,02	5,76			
Lekarze — łącznie (L)	9,22	7,09			
Dentyści (D)	5,76	6,23			

Różnice istotne między średnimi dla $p < 0,05$; dla porównań par: > jest większe; = jest równe

Analiza kontrastów potwierdziła, że najwyższy poziom wypalenia zawodowego w wymiarze depersonalizacji wykazywali rezydenci i lekarze specjaliści. Ogólnie lekarze charakteryzowali się wyższym nasileniem depersonalizacji niż pielęgniarzki, chociaż dwie grupy lekarzy — lekarze hospicyjni i dentyści — nie różniły się istotnie od grup pielęgniarzek.

W wymiarze poczucia dokonań osobistych największy odsetek osób z niskim poziomem ryzyka wypalenia odnotowano w grupie lekarzy hospicyjnych (58,5%) i dentyków (58,8%). Najwięcej osób z wysokim ryzykiem wypalenia zawodowego należało do grup: pielęgniarzek neurologicznych (51,4%) oraz lekarzy specjalistów (41,7%). Wśród lekarzy rezydentów 69,4% lekarzy charakteryzowało się co najmniej umiarkowanym ryzykiem wypalenia w tym wymiarze (rys. 3.).



RYSUNEK 3. Ryzyko wypalenia zawodowego w wymiarze poczucia dokonań osobistych w grupach zawodowych pielęgniarek i lekarzy

1 — pielęgniarki chirurgiczne; 2 — pielęgniarki neurologiczne; 3 — lekarze rezydenci; 4 — lekarze specjaliści; 5 — dentyści; 6 — lekarze hospicyjni

Tabela 4. zawiera szczegółowe porównania grup pielęgniarek i lekarzy w zakresie poczucia dokonań osobistych (należy pamiętać, że wysoki wynik w wymiarze poczucia dokonań osobistych oznacza niskie ryzyko wypalenia).

TABELA 4. Porównanie średnich nasilenia poczucia dokonań osobistych w zróżnicowanych pod względem roli zawodowej grupach pielęgniarek i lekarzy

Grupa	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	Porównanie par
Pielęgniarki chirurgiczne (PCh)	34,83	8,73	4,98	< 0,001	H = D > PCh = R = Sp = PN D = L > PN = P
Pielęgniarki neurologiczne (PN)	31,37	10,83			
Pielęgniarki — łącznie (P)	33,10	9,92			
Lekarze rezydenci (R)	33,03	6,30			
Lekarze specjaliści (Sp)	32,25	6,96			
Lekarze hospicyjni (H)	38,32	5,99			
Lekarze — łącznie (L)	35,63	6,82			
Dentyści (D)	35,71	8,07			

Różnice istotne między średnimi dla $p < 0,05$; dla porównań par: > jest większe; = jest równe

W wymiarze poczucia dokonań osobistych analiza kontrastów wykazała, iż najniższy — w porównaniu z pozostałymi grupami zawodowymi — poziom wypalenia zawodowego osiągnęli lekarze hospicyjni oraz dentyści.

Dyskusja

Uzyskane w prezentowanych badaniach wyniki potwierdzają, iż wypalenie zawodowe jest istotnym problemem w grupie lekarzy i pielęgniarek, co pozostaje w zgodzie z danymi pochodzącymi z innych badań dotyczących tegoż zjawiska wśród pracowników opieki zdrowotnej (por. ANCZEWSKA, 2006; SĘK, red., 2004; WILCZEK-RUŻYCZKA, 2008).

Lekarze okazali się bardziej wypaleni od pielęgniarek w zakresie wyczerpania emocjonalnego i depersonalizacji, co można tłumaczyć wysokimi (często nierealistycznymi) wymaganiami zawodowymi i moralnymi oraz dużą konfliktowością roli zawodowej (por. TOBIASZ-ADAMCZYK i in., 1996). W wymiarze dokonań osobistych wyniki nie są jednak tak jednoznaczne. Grupa lekarzy hospicyjnych uzyskiwała znacznie wyższe wyniki niż pozostałe grupy zawodowe, natomiast pozostałe grupy lekarskie nie różniły się istotnie od grup pielęgniarek. Wynika to najprawdopodobniej — zgodnie z założeniami badania — z bardzo wysokiego poczucia kontroli nad sytuacją, możliwości samodzielnego decydowania i ogólnego większego poczucia wpływu na sytuację lekarzy hospicyjnych w porównaniu z pielęgniarkami (por. JACKSON, SCHULER, 1983; WILCZEK-RUŻYCZKA, 2008) i innymi podgrupami lekarskimi. Jest to wynik szczególnie ciekawy, zwłaszcza że to właśnie ta grupa lekarzy najczęściej konfrontuje się z pogarszaniem się stanu zdrowia, cierpieniem i śmiercią pacjentów, przez co trudno ocenić pozytywne efekty pracy lekarskiej.

Uzyskane wyniki skłaniają także ku refleksji o pośredniczącym wpływie cech osobowości na relacje pomiędzy strukturą roli zawodowej a wypaleniem zawodowym. Ponownie warto zwrócić uwagę na wysokie wyniki w zakresie poczucia dokonań osobistych w przypadku lekarzy hospicyjnych. Wydaje się zatem, iż to właśnie w tej grupie predyspozycje indywidualne, motywacja do pracy (w hospicjach praca nie tylko wolontariuszy, ale także lekarzy często ma charakter wolontariatu i nie wiąże się z żadną gratyfikacją finansową) oraz realne oczekiwania wobec lekarzy (zwłaszcza rodzin pacjentów w stanie terminalnym), a także uznanie społeczne dla pracy, którą wykonują (por. GAWROŃSKI, 1999; GÓRECKI, 2000; STAWIARSKA, 2004), związane są z wysokim poczuciem kontroli wykonywanej pracy i wysokim poczuciem satysfakcji zawodowej. Paradoksalnie, praca charakteryzowana jako wysoce obciążająca emocjonalnie powoduje mniejsze wyczerpanie emocjonalne w przypadku lekarzy hospicyjnych w porównaniu z lekarzami innych specjalności.

Najbardziej nasilone objawy wyczerpania emocjonalnego w badanej grupie występowały u lekarzy specjalistów i rezydentów, natomiast najmniej nasilone były u lekarzy dentyistów. Podobnie w zakresie depersonalizacji najwyższe wyniki osiągnęli rezydenci i specjaliści, a najniższe — denty-

ści. Wydaje się, iż czynnikiem różniącym dentystów od pozostałych grup lekarskich są realniejsze oczekiwania ze strony pacjentów, mniejsza konfliktowość pełnionej roli zawodowej oraz postrzeganie tej grupy lekarzy często w kontekście specjalistów od estetyki i poprawy wyglądu (por. HUMPHRIS, 1998, TANASIEWICZ i in., 2007). Motywacja pacjentów w tej sytuacji jest często wewnętrzna i związana z poprawą własnego samopoczucia poprzez dbanie o wygląd. Dentyści mają zatem inny komfort pracy niż lekarze z pozostałych wyróżnionych grup lekarskich. Komfort pracy dentystów łączy się m.in. z mniejszym obciążeniem pracą w sensie godzinowym (co wykazano w niniejszych badaniach) oraz większą — co jest podkreślane w środowisku — gratyfikacją finansową. Przekładać się to może na mniejsze zmęczenie, większą cierpliwość dla pacjentów i większe poczucie satysfakcji z wykonywanej pracy. Uzyskane w przedstawianym badaniu wyniki dotyczące dentystów nieznacznie różnią się od doniesień z badań prowadzonych w Europie Zachodniej. Około 25% dentystów brytyjskich (KAY, SCARROTT, 1997) określa swoje życie jako bardzo stresujące, a 60% — jako raczej stresujące. W Holandii 13% spośród czynnych zawodowo dentystów uznało się za wypalonych w dużym stopniu (GORTER et al., 1998; 1999). W innych holenderskich badaniach 21% dentystów znalazło się w grupie wysokiego ryzyka wypalenia zawodowego, a 54% — w grupie umiarkowanego ryzyka (GORTER, EIJKMAN, HOOGSTRATEN, 2000). Wydaje się zatem, że polscy dentyści są jedynie nieco mniej wyczerpani emocjonalnie i wykazują niższy poziom depersonalizacji niż ich zachodni koledzy. Tymczasem uzyskane w prezentowanych badaniach wyniki pozostałych grup lekarskich różnią się od wyników badań przeprowadzonych w Europie Zachodniej (por. VAN DIERENDONCK, SCHAUFELI, SIXMA, 2004) — przede wszystkim polscy lekarze zdają się bardziej wyczerpani emocjonalnie, a lekarze rezydenci i specjaliści wykazują nieco wyższy poziom depersonalizacji. Zarysowane tu różnice można tłumaczyć wyższą konfliktowością roli lekarza w Polsce oraz innymi ograniczeniami stawianymi przez płatnika usług medycznych. Warto jednak podjąć szersze badania porównawcze w tym zakresie.

Grupą istotnie wypaloną są młodzi stażem lekarze rezydenci (dotyczy to przede wszystkim wyczerpania emocjonalnego i depersonalizacji). Jest to niepokojące zjawisko. Można je wiązać z niższą decyzywnością, dużą konfliktowością roli zawodowej oraz niskim poczuciem sprawowanej kontroli, a często także — co warto podkreślić — z bardzo dużym zaangażowaniem w pracę, nierealistycznymi oczekiwaniami oraz narastającym rozczarowaniem w konfrontacji z rzeczywistością. Grupa lekarzy rezydentów zazwyczaj jest pomijana w badaniach empirycznych dotyczących wypalenia zawodowego, a istotnie zagrożona jego ryzykiem (por. THOMAS, 2004) — może to sugerować konieczność wzięcia pod uwagę w kolejnych analizach tej właśnie grupy przede wszystkim w kontekście zapobiegania

zjawisku wypalenia. Lekarze rezydenci mają bardzo krótki staż zawodowy i wieloletnią perspektywę pracy z chorymi. Biorąc to pod uwagę, należy spodziewać się narastającej w ich przypadku frustracji, braku satysfakcji z pracy, a w konsekwencji — zaburzonej relacji lekarz—pacjent. Poznanie mechanizmów wypalenia w tej tak młodej grupie zawodowej stwarza szansę prewencji tegoż zjawiska i przeciwdziałania jego konsekwencjom — w myśl zasady, iż lepiej zapobiegać niż leczyć (por. WOJTYNA, STAWIARSKA, 2009).

Interesujący wynik uzyskany w przedstawianych badaniach dotyczy pielęgniarek niezabiegowych (neurologicznych) — wykazały one wyższy stopień wypalenia zawodowego niż pielęgniarki zabiegowe (chirurgiczne). W tym przypadku literatura prezentuje odwrotne dane (por. WILCZEK-RUŻYCZKA, 2008), przede wszystkim odnośnie do wyczerpania emocjonalnego oraz poczucia osiągnięć osobistych. Uzyskane przez nas wyniki można jednak tłumaczyć specyfiką pracy pielęgniarek neurologicznych w szpitalach, gdzie wkładany jest bardzo duży wysiłek w pracę z pacjentem, natomiast efekty tej pracy są często niewielkie i trzeba na nie bardzo długo czekać. Przekłada się to także na najniższe poczucie dokonań zanotowane właśnie u pielęgniarek neurologicznych. Wydaje się więc, że nie tyle pozostaje to w sprzeczności z wynikami dotychczasowych badań, ile odzwierciedla specyfikę tej właśnie grupy i jej pracy (por. JARACZ, KOZUBSKI, 2008).

Wnioski

W obliczu uzyskanych wyników zasadne będzie podniesienie dwóch istotnych kwestii:

- Struktura pełnionej roli zawodowej wydaje się mieć bardzo istotne znaczenie dla powstawania wypalenia zawodowego. Chodzi zatem nie tyle o grupę zawodową, ile o wyszczególnienie podgrup, które są wyraźnie zróżnicowane z uwagi na pełnione role. Te właśnie różnice okazują się istotnie znaczące dla powstawania poszczególnych komponentów wypalenia zawodowego.
- Czynniki, które w sposób oczywisty wydają się determinować ryzyko wypalenia w danej grupie (np. duże obciążenie emocjonalne pracą, jak w przypadku lekarzy hospicyjnych), mogą okazać się mniej zagrażające w obliczu innych zasobów związanych z daną pracą. W takim kontekście warto zadawać pytania nie tylko o zagrożenia wynikające z danej aktywności zawodowej, ale także o zasoby związane z określoną rolą zawodową oraz o zasoby indywidualne jednostki, stanowiące przeciwwagę dla czyn-

ników ryzyka wypalenia zawodowego (por. STAWIARSKA, 2004; WOJTYNA, STAWIARSKA, 2009).

Wypalenie zawodowe jest zjawiskiem wielowymiarowym. Jego analizy dokonuje się w ramach psychologii pracy i organizacji, uwzględniając aspekty organizacyjny i strukturalny miejsca pracy, mogące przyczyniać się do powstawania zjawiska wypalenia zawodowego. Psychologia społeczna pozwala spojrzeć na zjawisko w kontekście relacji interpersonalnych, które mają swój udział w powstawaniu wypalenia zawodowego. Psychologia zdrowia ujmuje aspekt szczególnie ważny — zajmuje się mianowicie skutkami wypalenia dla zdrowia i funkcjonowania człowieka zarówno w pracy, jak i w życiu codziennym poza nią. Problematyka wypalenia sytuuje się zatem na pograniczu różnych gałęzi psychologii. Tylko wielowymiarowe ujęcie tegoż zjawiska pozwala na pełną analizę w kontekście określenia jego przyczyn oraz jego skutków.

Analizowana w badaniach struktura roli zawodowej ma charakter przede wszystkim opisowy, co należy potraktować jako ograniczenie przeprowadzonych badań, gdyż wyszczególnione cechy charakteryzujące poszczególne grupy zawodowe, a tym samym różnicujące je (oczekiwania, zachowania, status roli, poziom decyzyjności i kontroli) wynikają z założeń teoretycznych przeprowadzonych badań. Za przeprowadzeniem badań — mimo ich ograniczeń — przemawiał fakt, iż struktura roli zawodowej do tej pory nie została zanalizowana w kontekście wypalenia zawodowego, a wszystkie zmienne, które mogłyby ją określać, były raczej rozpatrywane rozłącznie. Nie próbowano także różnicować tej struktury w poszczególnych grupach lekarzy i pielęgniarek. Takie zróżnicowanie można jednak uznać za jak najbardziej zasadne. Wydaje się zatem, iż w toku dalszych badań w tym obszarze kolejnym krokiem będzie precyzyjne określenie poszczególnych zmiennych definiujących daną podgrupę i określających tym samym charakterystyczną dla niej strukturę roli zawodowej. To konsekwentnie dałoby podstawę do stworzenia narzędzia do badania struktury roli zawodowej, a nie tylko traktowania grup w kategoriach typowej zmiennej zagregowanej — wówczas obraz wyników stanie się bardziej czytelny i jednoznaczny.

Bibliografia

- ANCZEWSKA M., 2006: *Stres i wypalenie zawodowe u pracowników psychiatrycznej opieki zdrowotnej*. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii.
- BARTKOWIAK G., 2009: *Człowiek w pracy. Od stresu do sukcesu w organizacji*. Warszawa: Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne.
- BATEMAN T.S., CRANT J.M., 1993: The proactive component of organizational behavior: A measure and correlates. *Journal of Organizational Behavior*, 14, s. 103—118.

- BEISERT M., 2004: Przejawy, mechanizmy i przyczyny wypalania się pielęgniarek. W: SĘK H., red.: *Wypalenie zawodowe. Przyczyny, mechanizmy, zapobieganie*. Warszawa: PWN, s. 182—215.
- BUERHAUS P.I., STAIGER D.O., AUERBACH D.I., 2004: Trends: New signs of a strengthening U.S. labor market? *Health Affairs*, 17, s. 526—533.
- CONTE J.M., DEAN M.A., RINGENBACH K.L., MORAN S.K., LANDY F.L., 2005: The relationship between work attitudes and job analysis ratings: Do task rating scale type and task discretion matter? *Human Performance*, 18, s. 1—21.
- DIERDORFF E.C., MORGESON F.P., 2007: Consensus in work role requirements: The influence of discrete occupational context on role expectations. *Journal of Applied Psychology*, 92 (5), s. 1228—1241.
- FLORIO G.A., DONNELLY J.P., ZEVON M.A., 1998: The structure of work-related stress and coping among oncology nurses in high-stress medical settings: A transactional analysis. *Journal of Occupational Health Psychology*, 3 (3), s. 227—242.
- GARMAN A.N., LEACH D.C., SPECTOR N., 2006: Worldviews in collision: Conflict and collaboration across professional lines. *Journal of Organizational Behaviour*, 27, s. 829—849.
- GAWROŃSKI S., 1999: *Ochotnicy miłości bliźniego. Przewodnik po wolontariacie*. Warszawa: Więzi.
- GORTER R.C., ALBRECHT G., HOOGSTRATEN J., EIJKMAN M.A.J., 1998: Work place characteristics, work stress and burnout among Dutch dentists. *European Journal of Oral Sciences*, 106, s. 999—1005.
- GORTER R.C., ALBRECHT G., HOOGSTRATEN J., EIJKMAN M.A.J., 1999: Professional burnout among Dutch dentists. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 27, s. 109—116.
- GORTER R.C., EIJKMAN M.A.J., HOOGSTRATEN J., 2000: Burnout and health among Dutch dentists. *European Journal of Oral Sciences*, 108, s. 261—267.
- GÓRCECKI M., 2000: *Hospicjum w służbie umierającym*. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie ŻAK.
- HARVEY R.J., WILSON M.A., 2000: Yes Virginia, there is an objective reality in job analysis. *Journal of Organizational Behavior*, 21, s. 829—854.
- HUMPHRIS G., 1998: A review of burnout in dentists. *Dental Update*, 25, s. 392—396.
- JACKSON S.E., SCHULER R.S., 1983: Preventing employee burnout. *Personnel*, 2, s. 58—68.
- JARACZ K., KOZUBSKI W., 2008: *Pielęgniarstwo neurologiczne*. Warszawa: PZWL.
- KAY E.J., SCARROTT D.M., 1997: A survey of dental professionals' health and well-being. *British Dental Journal*, 183, s. 340—345.
- LEITER M.P., MASLACH C., 2001: Burnout and quality in a speed-up world. *Journal of Quality and Participation*, 24 (2), s. 48—52.
- LITZKE S.M., SCHUH H., 2007: *Stres, mobbing i wypalenie zawodowe*. Gdańsk: GWP.
- MASLACH C., 2004: Wypalenie — w perspektywie wielowymiarowej. W: SĘK H., red.: *Wypalenie zawodowe. Przyczyny, mechanizmy, zapobieganie*. Warszawa: PWN, s. 13—31.
- MASLACH C., JACKSON E.E., LEITER M., 1996: *Maslach Burnout Inventory. Manual*. 3rd ed. Palo Alto: Consulting Psychologist Press.
- MASLACH C., SCHAUFELI W.B., LEITER M., 2001: Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 52, s. 397—422.
- MORGESON F.P., DELANEY-KLINGER K., HEMINGWAY M.A., 2005: The importance of job autonomy, cognitive ability, and job-related skill for predicting role breadth and job performance. *Journal of Applied Psychology*, 90, s. 399—406.
- MORGESON F.P., DELANEY-KLINGER K., MAYFIELD M.S., FERRARA P., CAMPION M.A., 2004: Self-presentation processes in job analysis: A field experiment investigating inflation in abilities, tasks, and competencies. *Journal of Applied Psychology*, 89, s. 674—686.

- MULDOON O.T., REILLY J., 2003: Career choice in nursing students: Gendered constructs as psychological barriers. *Journal of Advanced Nursing*, 43, s. 93—100.
- NEFF W.S., 1987: *Work and human behavior*. 3rd ed. New York: Aldine.
- PASIKOWSKI T., 2004: Polska adaptacja kwestionariusza Maslach Burnout Inventory. W: SĘK H., red.: *Wypalenie zawodowe. Przyczyny, mechanizmy, zapobieganie*. Warszawa: PWN, s. 135—148.
- SANCHEZ J.I., LEVINE E.L., 2000: Accuracy or consequential validity: Which is the better standard for job analysis data? *Journal of Organizational Behavior*, 21, s. 809—818.
- SCHAUFELI W.B., VAN DIERENDONCK D., 1993: The construct validity of two burnout measures. *Journal of Organizational Behavior*, 14, s. 631—647.
- SĘK H., red., 2004: *Wypalenie zawodowe. Przyczyny, mechanizmy, zapobieganie*. Warszawa, PWN.
- STAWIARSKA P., 2004: *Realizowanie się wymiaru noetyczno-duchowego jednostki a jej ocena własnego stanu zdrowia*. [Niepublikowana rozprawa doktorska. Katowice: Uniwersytet Śląski].
- TANASIEWICZ M., GÓRNIK-DUROSE M., MATEUSIAK J., SIKORA T., BEDNARSKI J., RUDNICKA P., GWOZDECKA E., WOJTYNA E., 2007: Psychologiczne aspekty satysfakcjonującej współpracy dentysty z pacjentem. Poszukiwanie informacji. *Nowa Stomatologia*, 4, s. 130—134.
- THOMAS N.K., 2004: Resident burnout. *JAMA*, 292 (23), s. 2880—2889.
- TOBIASZ-ADAMCZYK B., BAJKA J., MARMON G., 1996: *Wybrane elementy socjologii zawodów medycznych*. Kraków: Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- VAN DIERENDONCK D., SCHAUFELI W.B., SIXMA H.J., 2004: Wypalenie zawodowe wśród lekarzy ogólnych z perspektywy teorii równości. W: SĘK H., red.: *Wypalenie zawodowe. Przyczyny, mechanizmy, zapobieganie*. Warszawa: PWN, s. 168—182.
- WILCZEK-RUŻYCZKA E., 2008: *Wypalenie zawodowe a empatia u lekarzy i pielęgniarek*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- WOJTYNA E., STAWIARSKA P., 2009: Humor styles and psychosocial working conditions in relation to occupational burnout among doctors. *Polish Psychological Bulletin*, 1, s. 20—28.